

团 险 理 赔 申 请 书

投保单位		保险合同编号	
被保险人	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	联系电话
职业	国籍：	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它
证件号码	身份证件有效期		
住所地或单位工作地址			
事故日期	意外地点	首诊日期	就诊医院
申请理赔项目： <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
是否住院 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申请金额	申请险种	

事故经过及就诊原因：

员工姓名 (出险人如为员工本人, 可免填)	与出险人关系	员工证件号码	员工联系电话
-----------------------	--------	--------	--------

领款方式

开户银行名称：_____ 银行 _____ (具体银行网点名称) 存折 银行卡

户名：_____ (被保险人或法定监护人或受益人) 账号：_____

重要提示：若为身故理赔，请所有申请人同时填写《受益人信息告知书》。

是否已向我司报案 否 是 报案时间：_____ 被保险人是否在其他保险公司投保人身保险 否 是 承保公司：_____

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，涉嫌保险欺诈将承担以下责任：

【刑事责任】进行保险诈骗犯罪活动，可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或者没收财产的刑事处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，以保险诈骗罪的共犯论处。

【行政责任】进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，可能会受到15日以下拘留、5000元以下罚款的行政处罚；保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，也会受到相应的行政处罚。

【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

声明及授权：

- 本人已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》。
- 本人声明所提交的全部证明文件资料均属实、本申请书上填写的内容详尽确实，并作为保险事故的证据。
- 本人授权中英人寿保险有限公司及其代表向任何医院、公安部门、其他组织机构及个人查询、调阅、摘抄、复印/制或取得任何有关事故人的所有健康及其他相关资料，本人愿承担由此产生的一切法律后果。
- 本人授权中英人寿保险有限公司与银行将保险合同约定的理赔款划入上述授权账户；款项划至上述授权账户，即视为本人已领取相应款项。

申请人签名：_____ 申请人联系电话：_____ 申请日期：_____

投保人意见及签章 (适用于单位投保人)：

说明：1、请逐项如实填写并由申请人(受益人或其法定监护人)本人亲笔签名确认；
2、请您参照下表提供您所能提供的完整的相关资料，并勾选已提供的项目、原件或复印件，同时填写相应资料的数量。

理赔材料明细 (注意：以下表格仅作为申请资料交接的参考，并不代表本公司实际收到的资料情况)

项目	原件	数量	复印件	数量	项目	原件	数量	复印件	数量
<input type="checkbox"/> 保险合同	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 门诊费用收据	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 被保险人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 住院费用收据	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 受益人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 住院费用明细清单	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 监护人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 农合结算单 <input type="checkbox"/> 医保结算单	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 与被保险人关系证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 意外事故证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 医疗诊断证明书	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 居民死亡医学证明书	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 门(急)诊病历	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 丧葬、火化证明, 户籍注销证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 住院病历/出院小结	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 伤残鉴定报告	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 检查、检验报告	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 银行个人结算账户复印件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
<input type="checkbox"/> 药品清单或门诊处方	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()

(本栏由本公司人员填写) 签收人：_____ 受理日期：_____ 年 月 日 案件编号：_____

